

EVALUACIÓN PARA EL CAPUCHÓN FEMENINO “FEMCAP”

Nombre del cliente _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____

¿Cuándo fue el primer día de su última regla? _____ ¿Fue una regla normal? Sí No

¿Cuánto tiempo tiene usando el Femcap? _____

Indique si ha tenido los problemas siguientes desde que empezó a utilizar el capuchón femenino o Femcap:

- ¿Ardor vaginal, flujo, irritación o comezón/prurito?
- ¿Orina con dolor o frecuentemente y/o ha tenido infecciones en la vejiga o en el tracto urinario?
- ¿Síntomas del síndrome de choque septicémico (*toxic shock*) que incluyen fiebre alta repentina, diarrea, mareos, desmayos, debilidad, irritación de garganta, dolor muscular y de las articulaciones y/o erupción (como si fuera resultado de una quemadura solar)?
- ¿Dolor o cólicos cuando está colocándose el capuchón femenino/*Femcap*?
- ¿Algún otro problema con su capuchón femenino/*Femcap*?

Por favor, conteste lo siguiente:

¿Cuánto tiempo debe dejar colocado el capuchón *Femcap* después del coito/relación sexual?

- Por lo menos 6 horas Durante 2 horas Durante 48 horas

¿Cuándo deben revisar que el capuchón *Femcap* esté bien ajustado?

- Después del nacimiento de un bebé
- Si el capuchón *Femcap* no se queda en el cuello uterino
- En los dos casos listados anteriormente

¿Tiene alguna pregunta sobre el capuchón *Femcap*? Sí No

Firma del cliente	Fecha	Firma del personal	Fecha
-------------------	-------	--------------------	-------

TO BE COMPLETED BY CLINIC STAFF

S:

O:

A:

P:

Return to clinic: _____

Staff Signature

Date